FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 44

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Guy LESOURD

né le 20 avril 1931 à PARIS 15°

Ancien Externe en premier des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux de la Région de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

RESULTATS D'UNE STATISTIQUE HOMOGENE DE 844 GASTRECTOMIES DES DEUX TIERS POUR ULCERE

Président : Monsieur ROUX *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965 — **THÈSE** N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Guy LESOURD

né le 20 avril 1931 à PARIS 15°

Ancien Externe en premier des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux de la Région de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

RESULTATS D'UNE STATISTIQUE HOMOGENE DE 844 GASTRECTOMIES DES DEUX TIERS POUR ULCERE

Président : Monsieur ROUX *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
LEIDEN

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUGAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546824_0072

A MA FEMME

A MA FILLE

en témoignage de ma constante affection.

A MON PERE

A MA MERE

pour tout ce qu'ils m'ont donné, avec
mon affectueuse reconnaissance.

A MA SOEUR

avec mon affection toujours égale.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur M. ROUX

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris,

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Chirurgie.

Qui nous a fait' le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A mon Maître, Monsieur le Docteur G. Cl. SIMON

Il m'a initié avec rigueur aux premiers principes de la Chirurgie. Il a bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de mon respectueux attachement.

A mon Maître, Monsieur le Docteur F. LAZARD

En témoignage de l'accueil qu'il m'a réservé dans son service.

A mon Maître, Monsieur le Professeur A. GERMAIN

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse gratitude pour la bienveillante sollicitude qu'il m'a toujours témoignée.

A mon Maître, Monsieur le Docteur J. P. LAMARE

Il m'a permis de bénéficier de son enseignement.
Qu'il soit assuré de mes sentiments respectueux et reconnaissants.

A mon Maître, Monsieur le Professeur S. De SEZE

A Monsieur le Professeur J. DEBEYRE

en témoignage de ma profonde
reconnaissance.

Aux Docteurs A. LEMOINE et J. SALOFF - COSTE

qui m'ont fait partager leur goût
pour la chirurgie.

A mes Collègues et Amis de la Région de Paris.

A mes Maîtres d'Externat et d'Externat en premier des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur M. FEVRE
Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE
Monsieur le Professeur R. MERLE D'AUBIGNE
Monsieur le Professeur J. HAMBURGER
Monsieur le Professeur G. BROUET
Monsieur le Professeur A. LAMBLING
Monsieur le Professeur M. BOLGERT
Monsieur le Professeur S. De SEZE
Monsieur le Professeur R. BENDA

A mes Maîtres d'Internat de la Région de Paris :

I960 Monsieur le Docteur G. Cl. SIMON

I96I Madame le Docteur METAIRIE-SIMON
Monsieur le Docteur FALISE

I962 Monsieur le Docteur F. LAZARD
Monsieur le Docteur R. CHARPIN

I963 Monsieur le Professeur A. GERMAIN
Madame le Docteur R. MASSIANI
Monsieur le Docteur ARNAVIELLE
Monsieur le Docteur M. COURTOIS-SUFFIT
Monsieur le Docteur DELFORGES
Monsieur le Docteur GUILLET
Monsieur le Docteur DESPRETZ
Monsieur le Docteur DUPUIS

I964 Monsieur le Docteur J. P. LAMARE

La Gastrectomie des deux tiers, après avoir été considérée comme le traitement idéal de l'ulcère gastro-duodénal, a été l'objet de nombreuses critiques. Ses complications tardives l'ont fait discuter, modifier, dans le but, en particulier, de rétablir un circuit digestif plus physiologique, qui donnerait plus de confort à l'opéré. Dans les ulcères duodénaux, la vagotomie semble préférable à certains auteurs, et elle fait l'objet de nombreuses publications.

Cependant, beaucoup d'auteurs demeurent partisans de la gastrectomie classique, qui donne des résultats satisfaisants, à conditions que les indications en soient rigoureusement posées, la technique bien réglée, la surveillance post-opératoire prolongée.

C'est ce que confirme l'étude des suites de 844 gastrectomies pour ulcère, provenant de la statistique de notre Maître, le Docteur G. Cl. SIMON, et concernant uniquement la clientèle de son service de Chirurgie au Centre Hospitalier de Montfermeil (S. & O.). Les premiers cas ont été opérés en I94I, les derniers retenus en I963. L'indication opératoire a toujours été portée par le même auteur, suivant des critères qui sont devenus plus stricts tout au long de ces deux décades. En particulier, le traitement médical d'épreuve a souvent été institué dans le service lui-même, et surveillé avec d'autant plus de facilité que le service de Radiologie, rompu à la pratique digestive, fournit de bons clichés.

Le nombre d'opérés suivis longtemps, ou ayant donné des nouvelles détaillées, permet de se faire une idée précise des résultats éloignés. Il a même été possible d'obtenir des renseignements concernant des malades hospitalisés ultérieurement dans d'autres hôpitaux.

Les résultats d'ensemble sont les suivants :

- mortalité : 24 cas, soit ..... 2, 8 %
- résultats bons et excellents, portant uniquement sur les opérés suivis plus d'un an après leur gastrectomie :
  385 cas sur 448 soit ..... 85, 9 %
- poids en augmentation dans I25 cas soit ..... 45 %
  stationnaire dans ... 36 cas soit ..... I3 %
  diminué dans .....II6 cas soit ..... 42 %

- dumping-syndrome gênant ..... 2 cas soit ..... 0,4 %
- Ulcère peptique ..... 1 seul cas soit ..... 0,22 %
- récidive d'ulcère ..... 1 cas douteux soit .... 0,22 %
- invalidité ..... 14 cas soit ..... 3,1 %

Ces taux sont plus favorables que ceux cités par P. HILLEMAND (Revue du Praticien I955. V. II. I099-1102), et légèrement supérieure à ceux indiqués par J. MIALARET (Ann. Chir. 1963. 17. 3 - 4, I37-I45).

oOo

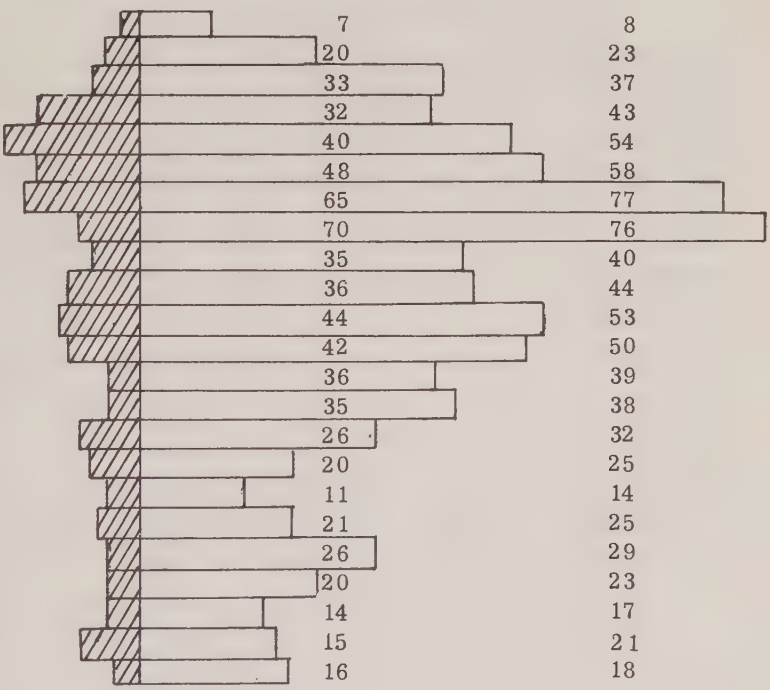
Empruntant nos éléments de classification à P. HILLEMAND et à J.L. LORTAT-JACOB, nous étudierons successivement :

- l'ensemble des gastrectomies pratiquées, en fonction de l'âge, du sexe, du terrain, de leur ancienneté, avec leurs modalités techniques .
- les suites immédiates avec leurs complications,
- les complications tardives et les résultats éloignés.

oOo

BASE DE TRAVAIL

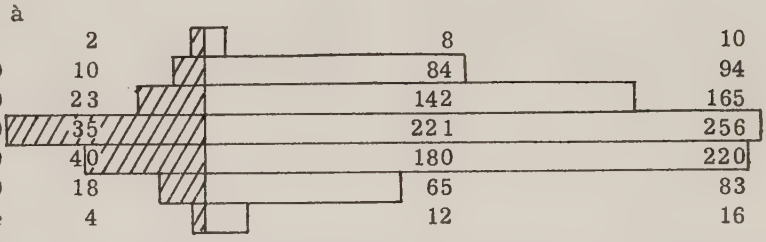
Cette série de 844 gastrectomies pour ulcère comprend 712 hommes (84, 5 %), et 132 femmes (15, 5 %), qui se répartissent de la façon suivante de 1941 à 1963 :



Années	Femmes	Hommes	Total des cas
1941	1	7	8
1942	3	20	23
1943	4	33	37
1944	11	32	43
1945	14	40	54
1946	10	48	58
1947	12	65	77
1948	6	70	76
1949	5	35	40
1950	8	36	44
1951	9	44	53
1952	8	42	50
1953	3	36	39
1954	3	35	38
1955	6	26	32
1956	5	20	25
1957	3	11	14
1958	4	21	25
1959	3	26	29
1960	3	20	23
1961	3	14	17
1962	6	15	21
1963	2	16	18

EN FONCTION DE L'AGE, l'éventail des gastrectomies s'établit ainsi :

Age	Femmes	Hommes	Total
inférieur ou égal à 20 ans	2	8	10
21 à 30	10	84	94
31 à 40	23	142	165
41 à 50	35	221	256
51 à 60	40	180	220
61 à 70	18	65	83
plus de 70 ans	4	12	16



Ce tableau précise que 80 % desmalades ont été opérés entre 30 et 60 ans.

EN FONCTION DU SIEGE DE L'ULCERE, la répartition est la suivante :

- petite courbure ... 26, 7% soit 21, 5% d'hommes 5, 2% de femmes
- faces ..... 2, 6% " 1, 6% " 1% "
- pylore ..... 5, 8% " 5, 2% " 0, 6% "
- bulbe ..... 50, 6% " 44, 5% " 6, 1% "
- duodénum post-bulbaire ..... 4, 9% " 4, 1% " 0, 8 % "
- double localisation gastrique et duodénale ..... 7, 8% " 6, 2% " I, 5 % "
- ulcère peptique .... I, 4% " I, 2% " 0, 2 % "
  consécutif à une gastro-entérostomie pratiquée précédemment dans d'autres services.

En tenant compte du TERRAIN, ont été opérés :

- 23 sujets manifestement éthyliques, soit 2, 7 %
- I4 sujets ayant des antécédents tuberculeux confirmés, soit 1, 6%,
- 9 sujets présentant une lithiase vésiculaire connue ou découverte lors des examens pré-opératoires : 8 femmes et 1 homme, soit 1, 2 %
- 6 hommes à l'état général manifestement déficient.

- 2 sujets très obèses (1 homme et 1 femme)
- 2 hommes ayant des antécédents connus d'angor
- 1 homme atteint d'insuffisance respiratoire sévère
- 1 femme ayant une discrète hernie hiatale associée
- 1 homme associant un ulcère de la face antérieure du bulbe, un kyste hydatique du lobe droit du foie, une silicose.
- 1 homme opéré, un an avant sa gastrectomie, pour une pneumatose kystique du grêle, et présentant une sténose pylorique.
- 1 femme ayant eu une tumeur du pancréas vérifiée par laparotomie 5 ans auparavant, mais non retrouvée lors de la gastrectomie.

LES INDICATIONS de ces 844 gastrectomies pour ulcère ont été les suivantes :

- échec du traitement médical ..... 52, 3 % des cas
- complications de l'ulcère ..... 33, 2 % des cas :
  soit : hémorragies digestives : I5, 8 %
  perforation : 5, 2 %
  sténose : 12, 2 %

  Certaines de ces gastrectomies pour complication ont été exécutées en urgence, dans 1, 6 % des cas (12 pour perforation, 1 pour hémorragie, 1 pour hémorragie et perforation).
- suspicion de cancer ..... 5, 2 % des cas
- gastrectomies pratiquées sans traitement préalable, ou après un traitement médical insuffisant (relevées uniquement au début de la statistique) : .....9, 3 % des cas.

EN FONCTION DU SIEGE DE L'ULCERE, LES INDICATIONS se répartissent ainsi :

Siège de l'ulcère	Nombre de cas	Echec du traitement médical	Total des complications	Gastrectomie de principe	Suspicion de cancer
Gastrique	296	37, 4 %	32, 2 %	I8, 4 %	I2 %
Duodénal	470	61, 2 %	33 %	5, 1 %	0, 7 %
Gastrique & duodénal	66	57, 5 %	35 %	0	7, 5 %
Ulcère peptique	12	33, 4 %	66, 6 %	0	0

Dans le détail, le pourcentage des gastrectomies dans les différentes gastrectomies s'établit de la façon suivante :

TECHNIQUE

" La gastrectomie pour ulcère doit être, et doit rester une intervention bénigne dans ses suites immédiates".

Sur les 844 gastrectomies que nous avons réunies, 688 ont été exécutées par le Dr. G.Cl. SIMON ; les 156 autres ont été réalisées suivant les mêmes procédés par ses collaborateurs.

320 ont été effectuées sous anesthésie locale, essentiellement pendant les dix premières années ; les suivantes ont été faites sous anesthésie générale.

En règle, la gastrectomie des deux tiers a été suivie d'une anastomose gastro-jéjunale, trans et sous-méso-colique, suivant le procédé de Polya, et ce dans 91 % des cas. Ainsi, les résultats rapportés sont-ils applicables surtout à cette technique. La section gastrique a été pratiquée suivant une direction oblique en bas et à gauche.

Ont été réalisées par ailleurs :

- 9 gastrectomies avec anastomose gastro-jéjunale type Finsterer
- 44 gastrectomies avec anastomose gastro-duodénale, dont :
  - . 35 Péan
  - . 9 von Haberer

La tendance actuelle du service , comme de beaucoup d'autres, est de rétablir la continuité gastro-duodénale, en l'absence du moindre risque, lorsque l'état du premier duodénum le permet, et en particulier chez la femme.

EXECUTION DES SUTURES :

- dans les Polya :

1 - en 2 plans dont un, au moins, au fil non résorbable, surtout au début de la statistique, et ce dans 36 % des cas :

. un plan total de catgut ou de lin,
. un plan séro-séreux de lin ou de nylon.

2 - en 2 plans, 2 surjets de catgut, depuis I5 ans environ, et dans 64 % des cas : un plan total et un plan séro-séreux.

- dans les Finsterer :

2 plans, un total de catgut, un séro-séreux non résorbable, 8 cas sur 9.

- dans les Péan :

D'abord 2 plans de catgut, et plus récemment, 1 plan, points séparés de nylon.

- dans les von Haberer :

1 plan, points séparés de nylon.

Dans les anastomoses gastro-jéjunales, les plus fréquentes, le duodénum a été fermé :

- jusqu'en I959, par 2 ou 3 plans, dont un, au moins, non résorbable,
- depuis I959, par 2 ou 3 plans de catgut.

Fait important, les anastomoses type Polya, faites au catgut (64%), n'ont donné lieu à aucune complication locale : il n'y a eu aucun cas de désunion, de lâchage de suture. Et aucune stomite post-opératoire n'a été relevée, comme on en voit, en gastroscopie, après suture au fil non résorbable, à l'origine de véritables granulomes inflammatoires. Un cas, qui semble correspondre à cette complication, et avait entrainé des hématémèses sévères et récidivantes, a été réopéré avec succès dans le service :

CES... Epiphanio, 20 ans .

En I954, gastrectomie, dans un autre service, pour sténose ulcéreuse : Finsterer par surjet séro-séreux au lin. Hémorragies sévères, apparues un an après la gastrectomie et récidivant chaque année.

Réintervention le 22.2.62 : grosse stomite, avec hypervascularisation à ce niveau. Dégastrogastrectomie. Suites simples, disparition des hémorragies.

MODALITES TECHNIQUES PARTICULIERES

. L'hémostase de la muqueuse gastrique est faite, au préalable, au catgut fin.

. Dans les anastomoses gastro-jéjunales, lorsque l'origine de l'insertion mésentérique de la première anse jéjunale ne peut être reportée au niveau de l'anastomose, se trouve créée une fente rétro-anastomotique, cause possible de hernie à ce niveau. G Cl. SIMON obture toujours cette fente par un surjet de catgut.

. Dans 94,2 % des cas, la gastrectomie a comporté la résection de l'ulcère ; mais dans 5,8 %, les conditions anatomiques ont conduit à faire une gastrectomie avec exclusion (soit 49 fois). Suivant les cas, la section a été, soit trans-bulbaire et sus-ulcéreuse , soit trans-antrale, en pratiquant l'ablation de la muqueuse jusqu'à l'anneau pylorique. La fermeture de ces gros moignons, parfois difficile, n'a donné lieu, malgré tout, à aucune désunion. Jusqu'à présent, ces gastrectomies avec exclusion ont, semble-t-il, les mêmes résultats fonctionnels que les gastrectomies avec résection. Aussi, un ulcère bulbaire, de dissection particulièrement délicate, n'est-il pas systématiquement enlevé, si son exérèse comporte un risque important .

. Avant de refermer la paroi, une toilette péritonéale soigneuse est toujours pratiquée, en particulier dans la loge splénique, en prenant soin de ne pas léser la rate, dans les gouttières pariétocoliques, les espaces sus et sous-mésocoliques. Les épanchements résiduels pourraient être à l'origine de suppurations, notamment sous-phréniques.

. Le plus souvent, le péritoine est refermé sans drainage ; si nécessaire, un drain de Redon sous-hépatique est mis en place pour quelques jours.

. Aucune aspiration gastrique n'est habituellement installée après les anastomoses type Polya. Ce n'est que dans les Péan qu'elle est utilisée, pendant quelques jours et de façon discontinue.

. I3 fois, la gastrectomie a été associée à une cholécystectomie pour lithiase (I2 femmes et 1 homme).

. I0 fois, la gastrectomie a été complétée par une vagotomie, chez des malades d'origine nord-africaine.

. Enfin , 21 dégastrogastrectomies ont été exécutées, dont :

- 1 pour stomite après gastrectomie (obs. CES...)
- 7 pour persistance des douleurs ou hémorragies, après gastro-entérostomie,
- 13 pour ulcère peptique (hémorragique, sténosant ou résistant au traitement médical) - un seul était consécutif à une gastrectomie pratiquée dans le service.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

De façon quasi-systématique, les pièces opératoires ont été soumises à l'examen histologique. Les protocoles sont signés de MM. DUPERRAT, TOURNEUR et, pour la plupart, de M. BUSSER. Les comptes rendus ont été retrouvés dans :

- 45 % des ulcères duodénaux ,
- 85 % des autres localisations (ulcères gastriques, double localisation, ulcères peptiques).

oOo

SUITES IMMEDIATES

Leur étude comporte celle :

- des décès précoces
- des complications précoces,
- de la durée d'hospitalisation,
- de la durée de l'incapacité temporaire totale.

LES DECES PRECOCES

24 ont été à déplorer, soit 2, 8 %, comprenant 22 hommes et 2 femmes. Voici le résumé de ces observations :

- JOU.. Charles, 69 ans (1)

Large perforation de la face antérieure du bulbe. Gastrectomie d'urgence le 31.3.48. Anastomose type Polya au catgut. Décès brutal 1 h.30 après, sans prodrome, avec pâleur extrême. L'autopsie décèle un caillot organisé intra-cardiaque.

- BEN.. Léon, 68 ans

Double ulcère de la petite courbure horizontale et angulaire. Gastrectomie le 22.5.51 pour meloena, au catgut, type Polya. Décès brutal, au réveil. Autopsie refusée.

- QUI.. Robert, 33 ans

Ulcère du genu superius résistant au traitement médical. Gastrectomie avec exclusion de 05.6.50. Décès à la 6è heure, dans l'hyperthermie, sans étiologie décelable à l'autopsie.

- MAU.. Maurice, 51 ans

Double ulcère du bulbe et de la petite courbure verticale, résistant au traitement. Gastrectomie type Polya au catgut le 17.11.47.

---

(1) l'âge mentionné est celui du malade lors de l'intervention.

Décès à la 12è heure, dans un tableau asphyxique. A l'autopsie, un gros caillot blanc envahissant le ventricule droit, l'artère pulmonaire et ses branches.

- GUI Henri, 44 ans

Perforation d'ulcère du bulbe. Gastrectomie d'urgence le 4.10.48. Polya au catgut. Décès en quelques heures dans un tableau asphyxique, et hyperthermique. Autopsie : gros caillot dans le coeur droit et infarctus pulmonaire bilatéral.

- CIS.. Jean, 41 ans

Double ulcère du bulbe résistant au traitement médical. Gastrectomie avec exclusion le 30.11.53. Décès brutal au 2è jour, sans prodrome. Autopsie refusée.

- LAU.. Pierre, 66 ans

Double ulcère du bulbe, hémorragique. Gastrectomie type Polya le 19.1.53. Décès au 2è jour dans un tableau de défaillance cardiaque.

- HEL... Arthur, 64 ans

Ulcère sous cardial suspect. Gastrectomie le 18.2.47. Décès au 3è jour sans précision.

- ROS.. André, 59 ans

Ulcère suspect de la petite courbure angulaire. Gastrectomie le 27.1.49. Décès au 3è jour de défaillance cardiaque. Autopsie : gros caillot dans le coeur droit et l'artère pulmonaire.

- STO.. Francis, 57 ans

Sténose par ulcère du bulbe. Sujet obèse et éthylique. Gastrectomie le 19.9.45. Décès le 3è jour dans l'hyperthermie.

- FAU.. Marcel, 44 ans

Ulcère peptique hémorragique secondaire à une gastro-entérostomie pratiquée 18 ans auparavant. Dégastro-gastrectomie le 24.10.52. Décès le 4è jour dans le collapsus et l'hyperthermie.

- TOL.. Emilia, 37 ans

Ulcère sténosant de la face antérieure du premier duodénum. Gastrectomie le 9.9.43. Décès le 4è jour par encombrement broncho-pulmonaire et défaillance cardiaque.

- MAR.. Claude, 50 ans

Ulcère du bulbe très sténosant. Gastrectomie le 15.11.45. Décès le 4è jour sans renseignement.

- BOU.. André, 50 ans

Ulcère sous cardial perforé bouché, résistant au traitement. Bronchite chronique. Gastrectomie le 22.12.43. Décès le 6è jour sans précision.

- KER.. Yves, 67 ans

Ulcère de la petite courbure horizontale, résistant au traitement. Gastrectomie le 27.7.49. Décès le 6è jour dans un tableau d'embolie pulmonaire massive. Autopsie refusée.

- SAL.. Antoine, 49 ans

Ulcère peptique secondaire à une gastro-entérostomie datant de 11 ans. Dégastro-gastrectomie le 26.3.45. Décès le 7è jour dans un tableau d'insuffisance cardiaque avec arythmie complète.

- LIS.. Georges, 44 ans

Ulcère du bulbe sténosant. Gastrectomie avec exclusion le 30.4.45. Décès le 9è jour dans un tableau de dyspnée progressive.

- SAV.. Robert, 52 ans

Ulcère hémorragique de la face postérieure du premier duodénum. Gastrectomie le 10.2.50. Décès le 10è jour après éviscération totale à l'ablation des fils. Autopsie : gros thrombus blanc dans l'artère pulmonaire et ses branches.

- GUY.. Jean, 70 ans

Ulcère pylorique, perforé bouché, résistant au traitement. Gastrectomie avec exclusion le 19.5.52; Décès au 11è jour, dans un tableau d'infarctus myocardique.

- PET.. Jean, 76 ans

Ulcération suspecte de la petite courbure horizontale. Gastrectomie le 23.6.54. Décès le 12è jour, dans l'hyperazotémie. Autopsie : insuffisance ventriculaire gauche et néphrite chronique.

- LOY.. Léon, 42 ans

Kissing ulcère du bulbe, résistant au traitement. Gastrectomie le 13.7.51. Décès le 21è jour, après fistule duodénale et hémorragie profuse.

- MAG.. Geneviève, 50 ans

Sténose ulcéreuse à peu près complète. Gastrectomie le 14.9.46. Décès le 36è jour, de défaillance cardio-respiratoire avec épanchement pleural. Autopsie refusée.

- GUE.. Joseph, 64 ans

Ulcère post-bulbaire hyperalgique. Gastrectomie le 21.12. 62. Décès au 3è mois : cirrhose décompensée confirmée histologiquement.

- CAI.. Paul, 67 ans

Gastrectomie le 8.4.52. Décès le 97è jour, dans un tableau de cachexie après fistule duodénale, qui s'était tarie à la 6è semaine.

PARMI LES CAUSES DE CES DECES PRECOCES, on relève :

- 11 défaillances cardiaques, dont 5 thromboses cardiaques, découvertes à l'autopsie.

- 7 morts rapides, sans étiologie décelable cliniquement, sans autopsie possible.

- 2 fistules duodénales.

- 1 insuffisance respiratoire irréversible.

- 1 embolie pulmonaire foudroyante.

- 1 infarctus myocardique.

- 1 décompensation de cirrhose.

En fonction de l'âge, les décès se répartissent ainsi :

- 8 chez des sujets de moins de 50 ans (33 à 49 ans)

- 16 chez des sujets de plus de 50 ans (50 à 76 ans)

En tenant compte de la date de l'intervention :

- 6 décès sont survenus de 1942 à 1945

- 8 décès sont survenus de 1946 à 1950

- 9 décès sont survenus de 1951 à 1955

Depuis, il n'y en a eu qu'un seul, en 1962, sur les 143 gastrectomies pratiquées, mais, il est survenu au 3è mois, de cirrhose décompensée.

LES COMPLICATIONS PRECOCES

Elles ont été observées dans 8, 5 % des cas. Les unes ont été bénignes, prolongeant simplement la durée de séjour à l'hopital de quelques jours, d'autres ont été sévères, voire mortelles (donc déjà rapportées au chapitre précédent).

Elles peuvent être divisées en 2 groupes :

- les complications générales,
- les complications locales.

- Les complications générales (38 cas - 4, 5 %)

Ce sont :

- 13 cas d'infection broncho-pulmonaire transitoire.

- 1 cas d'abcès putride du poumon, ayant récidivé quelques mois plus tard à l'occasion d'une cure de hernie pratiquée dans un autre service.

- 10 cas de défaillance cardiaque, dont 1 transitoire et 9 mortels (Cf;)

- 1 infarctus myocardique mortel au 7è jour.

- 2 embolies pulmonaires, dont l'une a été curable, et la seconde mortelle, foudroyante.

- 1 cas de glossite type Hunter, mais isolée, n'entrant pas dans le tableau d'une grande dénutrition.

- 10 cas d'ictère, dont les caractères, les conditions d'apparition ont fait évoquer une origine transfusionnelle.

- Les complications locales (34 cas - 4 %)

Ont été relevés :

- 19 abcès de paroi ou hématomes infectés.

- 1 éviscération mortelle au 10è jour.

- 3 hématémèses, dont 2 transitoires, pendant 48 heures, et une accompagnée d'hémorragie par la plaie, au cours de l'évolution d'une fistule duodénale.

- 1 meloena au 17è jour :

BRA.. Jean : Gastrectomie le 25.10.63 pour ulcère perforé et hémorragique, siégeant à l'angle de la petite courbure. Gastrectomie d'urgence. Réintervention le 17è jour, pour meloena : ulcération sur un fil de lin de la coronaire stomachique. Suites lentes. A repris 12 kg. depuis.

C'est la seule observation mentionnant une réintervention pour hémorragie.

- 3 abcès sous-phréniques, sans doute par défaut d'une toilette péritonéale soigneuse, s'attachant en particulier à la loge splénique, aux gouttières pariéto-coliques, le sang épanché s'infectant secondairement. Ces abcès ont été curables.

- 4 fistules duodénales dont :

  . 2 d'évolution simple : aspiration - perfusion,
  . 1 mortelle à la 3è semaine, avec hémorragies diffuses.
  . 1 tarie à la 6è semaine, mais ayant entraîné une cachexie irréversible.

- 3 lésions d'organes voisins :

  . 2 splénectomies immédiates, pour traumatisme per-opératoire (rupture capsulaire par traction sur le méso gastro-splénique).
  . 1 section du cholédoque, dont les détails doivent être rapportés, car il s'agissait d'un cholédoque court.

LEC.. André, 43 ans

Ulcère du bulbe sténosant (perforé et suturé 11 ans auparavant). Le cholédoque a été sectionné au bord supérieur du 1er duodénum, au cours de la dissection des adhérences de cette région. Il s'implantait au bord supérieur du premier duodénum, près du pylore, s'ouvrant largement, à plein canal, sans appareil sphinctérien, semble-t-il. Réimplantation immédiate dans le genu superius, avec un drain de Kehr, et une petite sonde de Nélaton trans-anastomotique, sortant à la face antérieure du 2è duodénum, à la Witzel.
Gastrectomie type Polya, au catgut.
Contrôle radiologique 1 an après : cholédoque bien imprégné, non dilaté, dont l'abouchement est visible sur les clichés.
Sept ans après, le malade ne présente aucun trouble.

RESULTATS GLOBAUX IMMEDIATS

- Durée d'hospitalisation, à compter de l'intervention.

Inférieure ou égale à 11 jours	12 à 15 j.	15 à 30 j.	4 à 6 sem.	6 sem. à 3 mois
47,3 %	35,9 %	14,1 %	1 %	1,7 %

Ainsi, 83, 3 % des opérés ne sont restés que quinze jours, au plus, après leur intervention. 97, 4 % ne sont pas restés plus d'un mois.

Les quelques cas hospitalisés plus longtemps l'ont été de 6 semaines à 3 mois. Un seul est demeuré plus de 3 mois.

- Durée de l'incapacité temporaire totale

Cette notion n'a pu être précisée que dans 35 % des dossiers, plus souvent chez les hommes (34, 4 %), que chez les femmes (22, 9%).

La durée de l'incapacité, temps d'hospitalisation compris, a été :

- inférieure ou égale à 90 jours dans..... 32, 3 % des cas
- comprise entre 3 et 4 mois dans..... 29, 3 % des cas
- comprise entre 4 et 8 mois dans..... 28, 9 % des cas.

La proportion la plus forte est donc celle des malades dont l'incapacité se situe entre 3 et 4 mois. Un seul malade, sorti 11 jours après sa gastrectomie, a repris son travail sur sa demande au 30è jour.

- Au delà, les chiffres sont beaucoup plus faibles :

  . 4, 8 % de 8 à 12 mois,
  . 2, 9 % de 12 à 18 mois,
  . 1, 8 % de 18 mois à 3 ans.

La justification de ces longues périodes d'incapacité n'apparaît pas toujours nettement à l'étude des dossiers. A noter cependant:

- 13 mois d'incapacité pour un amaigrissement post-opératoire lentement réversible.

- 19 mois pour des douleurs épigastriques post-opératoires, évoquant un syndrome de petit estomac, sans anomalie radiologique.

- 23 mois pour un ulcère peptique ayant nécessité une dégastro-gastrectomie. Le travail a été repris 4 mois après la 2è intervention.

- 2 ans et demi chez un sujet nord-africain pour un dumping-syndrome.

L'étude des suites immédiates permet de faire état des conclusions suivantes :

- taux de mortalité : ..... 2,8 %

La plupart des décès relèvent de causes générales, il n'y en a eu qu'un seul depuis 1955.

- complications précoces (décès compris) 8,5 %
- Hospitalisation ne dépassant pas 15 j. 83,3 %
- Incapacité temporaire totale ne dépassant pas 4 mois : 61,6 %

oOo

SUITES ELOIGNEES

Leur étude repose sur :

- le compte rendu des examens cliniques et radiologiques des opérés qui ont été suivis dans le service, certains pendant longtemps, et récemment.

- les réponses à un questionnaire détaillé adressé à 766 malades :
  -228 ont été retournés à l'expéditeur avec la mention "inconnu",
  -253 ont été renvoyés avec des renseignements précis,
  -285 sont demeurés sans réponse.

  Si, effectivement, 513 opérés n'ont pas rempli ce questionnaire, un certain nombre d'entre eux avaient été suivis suffisamment longtemps en consultation post-opératoire pour qu'on puisse faire état de leurs résultats dans cette statistique.

Au total :

396 dossiers de malades suivis pendant moins d'un an ont été éliminés.

448 dossiers ont été retenus, soit 53 % des gastrectomies pratiquées, comprenant 365 hommes et 83 femmes. Ils se répartissent de la façon suivante en fonction du recul de l'intervention:

Recul de 1 à 5 ans : 27 femmes et 116 hommes, soit 143 cas

" 6 à 10 ans: 17 " 96 " " 113 "

" 11 à 15 ans: 17 " 91 " " 108 "

" 16 à 20 ans et plus : 22 " 62 " " 84 "

Ainsi, 42,4 % de ces observations ont plus de 10 ans de recul.

La difficulté de rattacher tel trouble fonctionnel post-opératoire à une anomalie locale précise fait distinguer 3 chapitres parmi les complications tardives :

- les complications fonctionnelles,
- les complications locales,
- les complications générales.

LES COMPLICATIONS FONCTIONNELLES

1 - Le dumping syndrome :

Il se caractérise par l'apparition au cours, ou dès la fin du repas, de vertiges, pâleur, bouffées de chaleur ou sensation de froid, avec malaise général intense, palpitations, céphalalgies, obnubilation pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance, diminution de l'acuité visuelle et auditive (AUGUSTE).

Il cède rapidement au decubitus, au besoin dans l'obscurité.

Il relèverait de la chasse brutale des aliments dans le jejunum.

Il a été observé I5 fois (9 hommes et 6 femmes), soit dans 3,3 % des cas. Il s'agit uniquement d'anastomose type Polya ; aucun trouble de ce type n'a été constaté dans les rares cas de Finsterer ou d'anastomose gastro-duodénale figurant dans cette statistique.

Il est relativement rare chez l'homme (2,4 % des cas), où il a toujours revêtu un caractère mineur : impression de vertiges, de chaleur ou de froid, somnolence. En aucun cas, il n'a obligé au decubitus ou à l'arrêt de travail.

Il est plus fréquent chez la femme (7,2 %), où il a été peu intense chez 4 malades ; deux, par contre, ont des troubles plus sévères:

- l'une est astreinte à un decubitus post-prandial de 30 minutes, et accuse un amaigrissement notable non chiffré;

- la seconde a dû subir une réintervention :

WIS... Germaine, 46 ans :

Thyroïdectomie pour goître colloïde le 23.10.54.
Gastrectomie pour ulcère du bulbe sténosant le 13.12.54, anastomose type Polya au cat gut.

Troubles post-opératoires s'accentuant jusqu'en I959 : douleurs épigastriques immédiatement post-prandiales, avec sueurs, tendance syncopale, symptômes persistant I5 à 60 minutes, calmés par le décubitus.
Par ailleurs, langue dépapillée, alternance de diarrhée et de constipation, élimination anormale de graisses dans les selles. Amaigrissement. Anémie à 3.840.000 globules rouges. Tous ces troubles sont rebelles au traitement médical.

Le I9.2.60 est réalisée dans le service une transposition duodénale de l'anse efférente (opération type Henley-Soupault-Bucaille) associée à une cholécystectomie pour lithiase (M. BUCAILLE et R. SOUPAULT . Arch. Mal. App. Dig. 1962. 5I.7.8. 835-859 - , J. HEPP. Arch. Mal. App. Dig.I957 , 9 bis. 59-93 - A. Mouchet . Ann. Chir. I959. I3. 21-22. I277-I283).

Grosse amélioration : reprise de 11 kg en un an, disparition de l'anémie. Excellent passage dans l'anse interposée, à la radio. ,Cependant, persistent quelques troubles : pesanteur, ballonnement, nausées une demi-heure après les repas, une diarrhée post-prandiale, une diminution de la libido.

2 - le syndrome de "petit estomac"

Lié à la diminution de la capacité gastrique, il se caractérise par la survenue, 30 minutes environ après le repas, d'une sensation de plénitude gastrique, de ballonnement, avec nausées, vomissements, éructation.

Il a été observé 105 fois (87 hommes et I8 femmes), soit dans 23,4 % des cas. Dans le détail :

- 94 Polya dont 2 avec Dragstedt,
- 2 Finsterer,
- 7 anastomoses gastro-duodénales, dont une avec Dragstedt.

Sur ces 105 malades, 8 seulement respectent les prescriptions hygiéno-diététiques : leur nombre serait certainement plus faible si les opérés étaient plus nombreux à s'astreindre à la pratique des petits repas (4,4 %, seulement des malades suivis plus d'un an fractionnent ainsi leurs repas). Ce syndrome semble beaucoup moins fréquent chez les opérés dont la gestrectomie a été pratiquée depuis I2 à I5 ans.

3 - Le syndrome de l'anse afférente :

Il se traduit par la survenue, 30 à 45 minutes après le repas, de pesanteur, ou de douleur sous-costale droite, suivie de vomissements bilieux. Ces troubles témoigneraient de la rétention bilio-pancréatique dans les anastomoses gastro-jéjunales.

Il a été observé chez 9 malades (7 hommes et 2 femmes), soit dans 2 % des cas, et uniquement dans les anastomoses type Polya. Les troubles n'apparaissent pas réguliers et quotidiens; dans deux cas, les vomissements bilieux surviennent immédiatement après les repas.

4 - Le syndrome tardif ou syndrome hypoglycémique :

Ces troubles se rapprochent de ceux du dumping-syndrome, mais leur survenue est plus tardive, et ils s'associent à une impression de faim, de fringale, avec parésie et somnolence. Ils sont calmés par l'absorption de quelques bouchées.

Ils sont survenus dans I3 cas, soit dans 2, 9 % des cas.

5 - Les troubles fonctionnels intestinaux :

Il s'agit essentiellement d'une diarrhée post-prandiale, accusée par quelques patients (22, soit 4, 9 % des cas).

6 - L'intolérance au lait :

Ce trouble mineur atteint une fréquence particulière : lll malades (24, 8 %) l'ont signalé, dont :

- 2/3 en association avec d'autres troubles (petit estomac, diarrhée post-prandiale, asthénie).

- 1/3 de façon absolument isolée, sans aucun autre trouble.

La fréquence des complications fonctionnelles peut être résumée ainsi :

. Dumping - syndrome	3, 3 %
. Petit estomac	23, 4 %
. Syndrome de l'anse afférente	2 %
. Syndrome hypoglycémique	2, 9 %
. Troubles intestinaux	4, 9 %
. Intolérance au lait	24, 8 %

LES COMPLICATIONS LOCALES

1 - Un seul cas de gastrite a été constaté (0,2 %) :

CAP... Pierre 37 ans :

Ulcère du bulbe perforé. Gastrectomie le 22.2.58, le lendemain de la perforation. Polya en 2 plans, dont l'un au nylercé. 3 ans après, consulte pour brûlures et ballonnement post-prandiaux, avec intolérance aux graisses et au lait. Amaigrissement de 6 kg. La radio montre un moignon normal, et une importante gastrite à gros plis. Le fonctionnement de la bouche est satisfaisant, il n'y a pas de lésion organique décelable.
2 ans plus tard, les troubles ont diminué.

2 - Un reflux dans l'anse afférente a été décelé radiologiquement chez 8 opérés (7 hommes et 1 femme), soit I,7 %. Dans 4 cas, ce reflux a été une découverte radiologique chez des malades ne signalant aucun trouble fonctionnel. Dans les autres cas, la gêne est minime : digestion lente, ballonnement, brûlures ou chaleur post-prandiales.

3 - Un seul cas d'ulcère peptique (0,2 %) a été mis en évidence parmi les opérés suivis.

C'est donc une complication rare, mais possible. Il ne faut pas le confondre avec un simple cône d'attraction, avec convergence des plis, situé près de la bouche.

MER... Gérard; 35 ans :

Ulcère de la face antérieure du bulbe résistant au traitement Gastrectomie type Polya le 20.4.60. Suites opératoires : malaises post-prandiaux, douleur de l'épigastre et de la fosse iliaque droite sans périodicité.
30.9.61 hématémèse et meloena.
27.10.6I. radio : grosse niche sur l'anse efférente et sténose partielle de cette anse. Echec du traitement médical.
I7.II.6I Dégastrogastrectomie et Dragstedt. Il existe 2 ulcères peptiques sur la bouche. Résection de la Ire anse jéjunale sur I5 cm.
Réimplantation duodéno-jéjunale. Recoupe gastrique. Réimplantation gastro-jéjunale en aval en 2 plans (nylercé et catgut) Dragstedt.
Reprise du travail 4 mois après;
Recul 1 an . Accuse quelques ballonnements, des nausées, une intolérance aux graisses et féculents, parfois de la diarrhée. Se considère guéri.

4 - Une seule récidive d'ulcère (0,2 %) a été évoquée :

MON... François , 43 ans.

I3.9.43. Gastrectomie type Polya pour ulcère du bulbe. Suites simples.
I3.10.43. Radio de contrôle : bonne bouche, transit satisfaisant.
Aucun trouble jusqu'en I949.
En juin I950, le malade est hospitalisé à l'Institut Gustave Roussy, d'où les renseignements suivants nous ont été très aimablement communiqués par le Docteur A. CHAVY.
Depuis I949, brûlures épigastriques, vomissements, amaigrissement de 5 kg.
22.6.50 gastroscopie : ulcération typique de la petite courbure du moignon, avec intolérance à l'air et hyper-sécrétion, muqueuse un peu rouge et hypertonique dans son ensemble. Cette lésion semble d'apparence bénigne.
I9.7.50 réintervention par le professeur REDON. Dégastro-entérostomie et regastrectomie large, à 3 cm du cardia. Jejuno-jejunostomie termino-latérale, puis gastro-jéjunostomie termino-terminale. Mais le compte rendu opératoire ne mentionne pas la présence d'ulcère sur la pièce, et l'examen histologique ne montre pas de signe d'ulcère ou de malignité au niveau de la tranche de section.
Malade non revu à l'Institut G. Roussy depuis août I95I. Il aurait été hospitalisé dans le service de Médecine de Montfermeil en I955 pour delirium : dossier non retrouvé.

5 - Troubles hépato-biliaires :

L'étude des relations entre affections hépato-biliaires et ulcère gastro-duodénal a déjà fait l'objet d'une thèse inspirée par G. Cl. SIMON (Thèse C. GUANINE , Paris I96I).

Mais leurs relations directes avec les suites de la gastrectomie sont difficiles à préciser. Il s'agit essentiellement de lithiase biliaire, décelée dans I0 cas (soit 2,2 %), comprenant 5 hommes et 5 femmes :

JUL... Henri, 28 ans :

Ulcère du bulbe résistant au traitement médical. Polya le 23.I.54.
Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire 6 ans après la gastrectomie.
Non revu.

SIM... Robert, 45 ans :

Ulcère du bulbe sténosant. Polya le I5.5.46. Découverte de la lithiase 5 ans après la gastrectomie, alors que le malade n'accusait aucun trouble depuis l'intervention. Cholécystectomie . Se considère guéri avec un recul de I7 ans.

CHE... Marchel 46 ans :

Ulcère du bulbe résistant au traitement. Polya le 4.12.59. Découverte de la lithiase 2 ans et 4 mois après l'intervention devant des nausées, des malaises post-prandiaux. Radiologiquement, le transit digestif est satisfaisant. Cholécystectomie conseillée. Non revu.

BEZ... Amar , 47 ans :

Malade nord-africain. Ulcère du pylore hémorragique . Polya le 9.I2.57. 4 ans après, douleur épigastrique - gros cholédoque à la biligraphie. Cholécystectomie pour lithiase ; exploration cholédocienne négative. 7 mois plus tard, cholédocotomie et anastomose cholédoco-duodénale pour lithiase cholédocienne.
Depuis, a repris 6 kg , mais se plaint de crampes, ballonnements, nausées et vomissements.

ARB... Léon, 54 ans :

Double ulcère du bulbe résistant au traitement. Polya le I8.12.57.
Découverte de la lithiase 2 ans après. Cholécystectomie. Recul actuel 6 ans, aucun trouble.

KON... Hélène, 32 ans :

Ulcère du bulbe résistant au traitement. Polya le I4.5.54. La lithiase biliaire aurait été découverte en ville 8 ans après la gastrectomie (malade non revue dans le service).

ARL... Juliette , 40 ans.

Ulcère du bulbe, début de sténose. Polya le I.I2.45. Ictère fébrile à poussées successives, faisant suspecter un calcul cholédocien. Non revue.

VEN... Gandenzina , 42 ans :

Ulcère post-bulbaire. Sténose. Gastrectomie avec exclusion, Polya le 9.5.45. Lithiase découverte I8 ans après la gastrec-

tomie, sans aucun trouble fonctionnel. Cholécystectomie. Guérie.

BAS... Suzanne, 40 ans :

Gastrectomie pour ulcère du bulbe le 13.1.47. Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire 11 ans après. Non revue.

PER Clorinde , 31 ans :

Gastrectomie pour ulcère de la petite courbure sus-angulaire le 5.12.47. Cholécystectomie pour lithiase 5 ans après. Aucun trouble depuis.

Cette série permet de constater , malgré sa brièveté, que toutes ces lithiases, sauf une, ont été découvertes après gastrectomie pour ulcère du bulbe.

6 - Troubles pancréatiques :

Il n'a été observé aucun cas de syndrome de Zollinger-Ellison ; seul un pseudo-kyste a été constaté, et réopéré avec un résultat excellent (0,2 %) :

LEG... Salva, 36 ans :

21.4.58. gastrectomie type Polya pour un double ulcère du bulbe résistant au traitement.
17.6.58 découverte d'une masse sous-costale droite.
7.7.58 intervention : pseudo-kyste paraissant d'origine pancréatique (histologiquement ininterprétable : nécrose massive) Mise à plat, drainage aspiratif. Suites simples.
5 ans plus tard, aucun trouble , a repris 16 kg. La malade écrit : "je peux manger tout ce qu'il me plait sans ressentir le moindre inconvénient. Je digère tout et assimile les plats réputés les plus lourds".

7 - Cancer du moignon gastrique :

Les 4 cas que comporte cette statistique (0, 9 %), posent le problème de l'authenticité de la cancérisation du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère. Il s'agit de 3 hommes et 1 femme :

KAS... Louis, 42 ans :

26.10.42 gastrectomie type Polya pour un gros ulcus calleux de la petite courbure angulaire hémorragique.
Histologie : viel ulcère gastrique sans signe histologique de malignité.

Aucun trouble pendant 7 ans.
Juin I949 : consulte pour de violentes douleurs épigastriques transfixiantes.
Radio : fonctionnement satisfaisant de la bouche . Image quadrilatère de la petite courbure du moignon.
Malade non revu pendant 2 ans.
Avril I95I admission pour abcès sous-phrénique droit avec pleurésie purulente.
Décès le I8.5.5I (soit 9 ans après la gastrectomie), à la suite d'une pleurotomie.
Autopsie : tumeur du moignon, avec grosse adénopathie hépatique et coronaire stomachique suppurée, ouverte dans la plèvre. Il n'est pas fait mention de compte rendu histologique.

CHA... Victor, 48 ans :

I6.II.43. Gastrectomie type Polya pour ulcère de la petite courbure juxta-pylorique, hémorragique. Macroscopiquement, aspect d'ulcère cicatrisé, avec grosse gastrite à la périphérie. Le compte rendu histologique n'a pas été retrouvé.
3 ans après : meloena et douleurs épigastriques immédiatement post-prandiales.
Radio : image en cocarde juxta-anastomotique.
IO.II.47 Laparotomie : tumeur envahissant le moignon et l'anse anastomotique.
Examen histologique : épithélioma végétant à cellules cylindriques.
Décès le 20.10.47, soit 4 ans après la gastrectomie.

ZAN... Félix, 54 ans :

23.7.56 gastrectomie type Polya pour un ulcère de la petite courbure horizontale, juxta-pylorique, suspect de malignité
Examen histologique : lésions inflammatoires chroniques banales, sans caractère de malignité.
I7.8.60, soit 4 ans après l'intervention : douleurs épigastriques.
Radio : anastomose correcte, léger reflux, sans lésion pariétale visible.
Gastroscopie : aspect de gastrite.
IO.II.6I hospitalisation et décès dans un état de cachexie.
Autopsie : tumeur envahissant le moignon, le duodénum, le transverse et la rate.
Histologie : carcinome anaplasique de l'estomac.

COU... Jeanne, 57 ans :

8.I.46 gastrectomie type Polya pour un ulcère du bulbe persistant après 3 ans. Histologie : vieil ulcère en poussée évolutive sans caractère de malignité.
22.2.47 subocclusion. Laparotomie : énorme masse envahissant le moignon gastrique. Biopsie : épithélioma glandulaire, dont le point de départ peut aussi bien être gastrique qu'intestinal. Le Docteur BUSSER, revoyant la coupe de I946, précise qu'elle ne contient aucune formation tumorale et ajoute : "malgré sa petite taille, il me parait impossible que le prélèvement soit passé à côté d'une lésion cancéreu-

Décès le 28.2.47 soit un peu plus d'un an après la gastrectomie.

Ainsi, seule la première observation correspond incontestablement à une cancérisation du moignon, suivant les critères réunis récemment par A. MOUCHET (Ann. Chir. I963.I7.3-4.I37-I45) :

- confirmation histologique de la bénignité de l'ulcère ;
- survenue des troubles 7 ans au moins après la gastrectomie ;
- cancer développé à distance de la bouche anastomotique.

Les autres sont plus douteuses :

- la 2e ne comporte pas l'histologie initiale ; les troubles sont apparus seulement 3 ans après la gastrectomie ;
- dans la 3e , les douleurs sont survenues 4 ans après la Ire intervention.
- dans la 4e, le délai est également trop bref (I3 mois), mais les conclusions histologiques sont troublantes, d'autant plus que la lésion initiale était bulbaire, alors que, dans les cas précédents, elle siègeait sur la petite courbure horizontale.

8 - Occlusions tardives (3 cas, soit 0,6 % des cas) :

L'une a eu des suites simples, la deuxième une issue fatale la 3e est une observation d'occlusion itérative ;

CAV... Ricardo, 29 ans :

5.11.49. gastrectomie type Polya pour ulcère du bulbe résistant au traitement médical.

30.5.50 occlusion du grêle sur bride. Intervention. Suites simples.
I2 ans plus tard, aucun trouble, hormis une intolérance aux féculents et au lait.

LOR... Paul, 32 ans :

Intoxication éthylique importante.
I6.4.45 gastrectomie type Polya
13.5.52 occlusion aiguë du grèle, occlusion intéressant la quasi totalité du grèle et du sigmoïde. Nombreux sphacèles obligeant à des résections.
25.5.52 décès après plusieurs crises de delirium. Cirrhose confirmée histologiquement après autopsie.

MEC... Bekhli, 40 ans :

12.7.55 gastrectomie type Polya pour ulcère du bulbe résistant au traitement médical.
28.2.62 volvulus du colon pelvien.
20.7.62 volvulus partiel du grèle.
3.8.62 occlusion récidivante du grèle par adhérence, obligeant à une résection.
II.6.63 cure d'éventration
2.9.63 reprise du travail. Non revu depuis.

- Eventrations :

10 opérés l'ont signalée (2,9 %) , dont 9 hommes et une femme, Sept d'entre eux en ont fait pratiquer la cure ; l'une d'elles dû être reprise une seconde fois.

ES COMPLICATIONS GENERALES

- Déficit pondéral :

La notion de poids a été précisée par 277 opérés.

. Parmi eux, 116 sujets, soit 42 %, ont accusé une perte de poids variant de 1 à 25 kg :

- 21 % ont maigri de 1 à 5 kg
- 13,7 % de 6 à I0 kg
- 7,3 % de 11 à 25 kg - entre autres, un amaigrissement de 15 kg , deux de 20 kg, un de 25 kg.

Parmi ces malades, les deux tiers ont un recul supérieur à dix ans (de 11 à 20 ans et plus), alors que les autres ont été opérés depuis moins de dix ans.

Cette perte de poids est :

- tantôt isolée, et ceci dans 40 % des cas, sans asthénie ni trouble fonctionnel. Par exemple, un chauffeur de poids lourds, qui a maigri de 10 kg, continue son métier sans aucune gêne, et un autre malade, qui a perdu 25 kg, n'éprouve aucun trouble.

- tantôt associée, et ceci dans 60 % des cas, à d'autres troubles : asthénie, troubles fonctionnels divers, tuberculose.

Par contre :

- 36 malades, soit 13 %, con servent un poids inchangé ;

- et 125, soit 45 %, ont vu leur poids augmenter :

  - 21,6 % ont pris de 1 à 5 kg
  - 13,7 % de 6 à 10 kg
  - 5,8 % de 11 à 15 kg
  - 3,9 % de 15 à .. 30 kg, chez un malade passé de 60 à 90 kg.

2 - Asthénie :

Elle se rencontre dans une propostion assez faible, même chez des sujets ayant notablement maigri. Il s'agit, plus souvent, d'une fatigabilité plus rapide que d'une tendance constante. Elle a été signalée dans 21 cas , soit 4,7 %.

3 - L'impuissance :

Elle s'est révélée tantôt passagère, tantôt persistante. Elle n'est pas toujours absolue, et se traduit plutôt par une indifférence et un espacement des rapports.

. Une déficience sexuelle passagère est reconnue par 21 hommes (5,7 %), dont 4 seulement (1,1 %) ont moins de 30 ans.

. Une déficience persistante est précisée par 43 malades (11,8 %), mais parmi eux, 2 seulement ont moins de 30 ans, et 9 de 30 à 40 ans, soit 3,2 %. Or l'ensemble de la statistique comprend 33 % d'hommes de moins de 40 ans. Ainsi, la fréquence de l'impuissance ne semble pas se confirmer dans cette série. Par ailleurs, 3 femmes reconnaissent une diminution passagère de la libido, dont 2 de moins de 40 ans.

4 - L' anémie :

Elle n'est retrouvée que dans 4 cas (I, 9 %). Dans les 2 premiers, elle a été modérée, transitoire, suivie de bons résultats fonctionnels et biologiques.

Dans le 3e, elle a fait partie d'un grand tableau de dénutrition, depuis amélioré (cf.).

Dans le dernier, elle a revêtu une forme grave. Nous devons les détails de cette observation à l'obligeance du Docteur J. BOUSSER, dans le service duquel le malade a été hospitalisé :

BOG... Louis, 67 ans :

26.5.48 gastrectomie type Polya pour un double ulcère du bulbe sténosant. La pièce montre une sténose très serrée, dont la bénignité est confirmée par l'histologie.
En I954 , le malade est hospitalisé dans le service du Dr. BOUSSER pour un grand état de dénutrition, avec anémie, hypo-albuminémie, et même des crises de tétanie. Cette anémie, hyperchrome, non biermérienne, s'accompagnait d'une leucocytose constamment forte (jusqu'à 40.000 éléments blancs environ), et d'une hyperplaquettose dépassant par moment I.000.000 d'éléments au mm3.
En 1960, la découverte d'une tuberculose pulmonaire a amené le transfert du malade en phtisiologie.
Non revu .

5 - La tuberculose .

Longtemps débattue, cette question a fait l'objet de nombreux travaux ; elle a été particulièrement étudiée par R. DUPUY et J. MAILHO, G. BROUET et J. MARCHE.

. Il faut d'abord envisager la survenue d'une tuberculose chez les gastrectomisés.

Dans cette statistique, elle est apparue dans I7 cas connus (3, 8 %), dont I5 hommes et 2 femmes.

WAT... Paul, 23 ans :

Gastrectomie type Polya pour ulcère du bulbe résistant au traitement le 16.5.45.
Tuberculose pulmonaire bilatérale bacillifère, avec poumon droit largement excavé et détruit, découverte en I954, soit 9 ans plus tard. Evolution rapide : intolérance aux antibiotiques, troubles digestifs, gingivite, glossite.

Décès 6 mois après la découverte de l'affection , de cachexie et d'insuffisance respiratoire.

BEA... Albert, 29 ans :

Gastrectomie type Polya, le 29.5.48.
Tuberculose pulmonaire découverte 4 ans après, traitée et régulièrement suivie. Changement d'emploi (de cisailleur est devenu gardien d'immeuble).
Aucun trouble fonctionnel digestif. Très satisfait (recul I5 ans).

PAL Felix, 36 ans.

Gastrectomie le 6.7.44. Tuberculose pulmonaire apparue 13 ans après l'intervention, opérée, suivie, paraissant guérie.
Quelques troubles fonctionnels : pesanteur et ballonnement post-prandiaux.

DER... Léon, 42 ans.

Ethylisme. Gastrectomie le 10.1.43.
Tuberculose pulmonaire 8 ans après la gastrectomie ; aurait subi 2 thoracoplasties. Etait en très mauvais état général en I955, avec amaigrissement de 25 kg.
Le sanatorium où il était en traitement n'a pas répondu à une demande de renseignements.

MOR... Raymond, 42 ans :

Gastrectomie le 9.9.44 pour sténose ulcéreuse.
Décédé 5 ans après de tuberculose pulmonaire bacillifère.
Pas d'autre renseignement.

BER... Louis, 47 ans :

Gastrectomie le 10.10.53 pour sténose ulcéreuse.
Actuellement hospitalisé (10 ans après l'intervention), pour cirrhose et suspicion nette de tuberculose pulmonaire.

ROE... André, 56 ans :

Gastrectomie le 14.2.59 pour échec du traitement médical.
Aurait fait une tuberculose pulmonaire actuellement guérie.
Présente un syndrome de petit estomac.

LES... Henri, 58 ans :

Gastrectomie le I6.1.46 pour sténose ulcéreuse.
Est actuellement hospitalisé dans un centre psychiatrique pour une psychose hallucinatoire, où sa tuberculose évolutive est traitée.

BOG... Louis , 67 ans (cf. complications anémiques)

Gastrectomie le 24.4.57.
A fait une tuberculose pulmonaire après un syndrome carentiel grave avec anémie. Non revu depuis la découverte de la tuberculose.

RIA... Louis, 74 ans :

Gastrectomie le 26.8.50. Hospitalisé 9 ans après pour une suspicion de tuberculose pulmonaire sans preuve bactériologique.
Non revu.

BER... Joseph, 47 ans :

Gastrectomie le 24.12.47. Tuberculose bacillifère bilatérale étendue découverte 3 ans après. Non revu.

GEE... Albert, 45 ans :

Gastrectomie le 24.2.48.
Découverte d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, bacillifère 1 an après, traitée par pneumothorax et antibiotiques.
Evolution satisfaisante.
Décès le 6.4.60 d'un cancer prostatique.

FER... Serge, 57 ans :

Gastrectomie le I5.3.57. Décédé cinq ans plus tard de tuberculose pulmonaire (sans autre renseignement).

CAV... Louis, 53 ans :

Gastrectomie le 27.5.48.
Tuberculose apicale gauche, bacillifère, découverte I3 ans plus tard.
Actuellement stabilisée. Bon résultat fonctionnel digestif (recul I5 ans).

ANT... José, 4I ans.

Mineur atteint de silicose. Gastrectomie le 22.2.63. Découverte d'une tuberculose onze mois plus tard. En traitement.

DUM... Aimée, 50 ans :

Gastrectomie le 14.3.51 pour ulcère hémorragique. Aurait fait une tuberculose pulmonaire actuellement guérie (pas de renseignements précis). Recul actuel : I2 ans, accuse une pesanteur post-prandiale.

KER... Georgette , 26 ans :

Gastrectomie le I9.7.43. Tuberculose pulmonaire bilatérale découverte I7 ans après. Non revue depuis.

Sur ces I7 cas de tuberculose pulmonaire :

- 5 ne sont pas assez précis pour être utilisables;
- 6 ont été traités, et paraissent actuellement guéris ;
- 2 sont en traitement ;
- 1 était en I955 en très mauvais état général après 2 thoracoplasties ;
- 3 sont morts de tuberculose sévère.

Ces malades étaient pratiquement tous des travailleurs manuels ; la notion d'éthylisme n'est certaine que dans un cas; La complication tuberculeuse est survenue assez tardivement après la gastrectomie, entre 4 et I7 ans, pour les cas où cette précision est connue. Enfin, dans un quart des cas, le pronostic a été très sévère.

. A l'inverse , peut être considérée l'évolution des tuberculoses connues au moment de la gastrectomie :

Ces malades ont été opérés à la demande des phtisiologues, leur ulcère étant à l'origine de dénutrition (par restriction alimentaire ou sténose), compliquant le traitement de la tuberculose.

Il s'agit de 8 malades, 7 hommes et 1 femme. Sept d'entre eux ont eu des suites simples, tant sur le plan digestif qu'au point de vue pulmonaire, l'intervention ayant été suivie d'une reprise du poids et de l'état général. Le recul en est variable : il est respectivement de 1 an, 2 ans, 7 ans, I0 ans, 11 ans dans deux cas, et I3 ans. Celui dont le recul est actuellement de 7 ans a subi, un an après la gastrectomie, une intervention d'exérèse pulmonaire, et n'éprouve plus maintenant aucun trouble.

Un seul malade a présenté plusieurs localisations tuberculeuses :

FLO... Jean, 56 ans :

Opacité pulmonaire droite décelée 2 ans avant la gastrectomie.
I5.3.50 : gastrectomie pour ulcère à double localisation (bulbe et petite courbure angulaire) résistant au traitement.
Suites troublées par une cure itérative d'éventration.
Juillet I95I.: découverte - d'une tuberculose pulmonaire
- d'abcès froids thoraciques droits
- d'un Pott dorsal Dll- D12
Janvier 1961 : apparition d'abcès thoraciques gauches.
Sur le plan digestif, brûlures, crampes épigastriques, ballonnements post-prandiaux.

6 - Répercussions générales, endocriniennes et osseuses :

Hormis les cas déjà décrits d'anémie et de tuberculose grave, il n'a été observé, à la lecture des observations et à l'examen des malades revus, qu'un seul cas de grande dénutrition (0,2 %) - tableau décrit par A. LAMBLING et M. CONTE - avec retentissement métabolique , endocrinien ou osseux (S. de SEZE et coll.).

DUG... François, 46 ans :

Gastrectomie le I4.2.48 pour un ulcère de la petite courbure verticale.
Anastomose type Polya au catgut.
Hospitalisé en I962, dans le service du Dr. GOUDAL à Aulnay-sous-Bois, pour une grosse carence post- gastrectomie , avec amaigrissement, oedèmes des membres inférieurs, anémie, insuffisance rénale fonctionnelle, effondrement du fer sérique (40 gamma pour 100 ml).
En I964, nette amélioration, amaigrissement de 4 kg, brûlures, ballonnement et somnolence post-prandiaux.

Par ailleurs, ont été retrouvés I9 cas d'arthralgies isolées, intéressant I3 hommes et 6 femmes, dont certains semblent entrer dans le cadre d'une polyarthrite rhumatismale ou d'une arthrose.

7 - Invalidité :

I4 opérés (12 hommes et 2 femmes - soit 3,I %) sont à l'invalidité, Cinq d'entre eux ont été opérés il y a plus de I5 ans.

Il s'agit, pour les hommes de :

- 5 tuberculoses pulmonaires,

- 2 cas de troubles fonctionnels importants : douleurs permanentes, amaigrissement, troubles du transit ;

- 3 cas de troubles fonctionnels plus ou moins gênants : asthénie, brûlures épigastriques isolées ou associées à des vomissements parfois bilieux.

- 1 anémie avec dénutrition grave compliquée de tuberculose.

- 1 lithiase vésiculaire, puis cholédocienne opérée.

Pour les femmes :

- une décrit un syndrome hypoglycémique,

- la seconde a été réopérée pour un dumping syndrome (Cf.)

CAS PARTICULIERS

Nous avons réunis dans ce chapitre :

- la revue des décès tardifs,
- les réinterventions,
- les résultats éloignés des gastrectomies chez les sujets d'origine nord-africaine.

1 - Les décès tardifs :

50 décès ont été connus (11,1 %), groupant 41 hommes et 9 femmes. L'âge des malades lors du décès était le suivant :

- moins de 30 ans : 2 cas (tuberculose, délirium après accident de la voie publique)
- de 30 à 50 ans : 13 cas
- plus de 50 ans : 35 cas.

Causes de ces décès :

- 19 décès relèvent de causes indéterminées.

- 16 d'étiologies indépendantes des suites de la gastrectomie :
  - différents cancers : oesophage, rectum, rein, prostate,
  - défaillance cardiaque,

- méningite cérébro-spinale
- diabète.

- 3 sont consécutifs à une tuberculose pulmonaire (Cf.)
- 4 sont secondaires au développement d'une tumeur sur le moignon (Cf. cancer du moignon gastrique)
- 2 à une occlusion (cf. complications locales).
- 6 sont imputables à une intoxication éthylique (cirrhose, délirium).

2 - Les réinterventions :

Elles concernent 20 malades, et ont été pratiquées, soit dans le service, soit dans d'autres hôpitaux. Il faut distinguer les réinterventions précoces et tardives.

. Réinterventions précoces :

Elles se révèlent très rares dans cette statistique : 3 cas pour 844 gastrectomies, soit 0,3 % (A. GERMAIN, M. COURTOIS-SUFFIT, C. DIANE. Mem. Ac. Chir. 1964. 90. 8-9-10. 271-289).

Ce sont :

- 2 abcès sous-phréniques :
  - l'un opéré le 10e jour, suites simples ;
  - le second à l'origine d'une suppuration pariétale trainante, ayant nécessité 3 mises à plat successives. Non revu.
- 1 seule réintervention pour hémorragie, pour meloena, au 17e jour, par ulcération nécrotique de la ligature de la coronaire stomachique. Suites lentes (Cf. complications locales) Résultat éloigné satisfaisant.

. Réinterventions tardives :

Elles sont au nombre de 17, soit 3,8 %. Elles concernent :

- 7 éventrations, dont 2 ont récidivé, l'une d'elles a été réopérée .
- 1 ostéose de paroi, opéré 4 ans après la gastrectomie.
- 3 occlusions tardives :
  - 1 au 7e mois. Guérie
  - 1 survenue 7 ans après la gastrectomie. Décès post-opératoire dans un tableau de delirium ;
  - le 3e cas est une succession de 3 occlusions en 6 mois, sept ans après la gastrectomie.

- 1 ulcère peptique, opéré au 19e mois, avec un bon résultat. A noter une laparotomie blanche pour une suspicion d'ulcère peptique non confirmée opératoirement.

- 1 dumping-syndrome, traité 6 ans après, par transposition duodénale de l'anse efférente, avec une nette amélioration .

- 1 récidive d'ulcère, suspectée cliniquement et radiologiquement, mais non confirmée par laparotomie, ni macroscopiquement, ni histologiquement. Cette réintervention a été pratiquée 7 ans après la gastrectomie. Le malade n'a été suivi ultérieurement que quelques mois (Cf. récidive d'ulcère).

2 - complications hépato-biliaires :

  - 1 kyste non spécifique opéré au 4e mois, suites simples.

  - 1 cholécystectomie, puis une anastomose cholédoco-duodénale pour lithiase. Il s'agit d'un malade nord-africain qui aurait un mauvais résultat fonctionnel.

- 2 laparotomies, pour tumeur sus-méso-colique inextirpable. (Cf. cancer sur moignon).

3 - Les suites de la gastrectomie chez les malades nord-africains :

Cette statistique en comporte 37 cas (soit 4,4 % du total), dont I4 seulement ont été suivis de 1 à 19 ans.

- 3 ont un mauvais résultat :

  - le premier cas a déjà été rapporté : gastrectomie suivie de cholécystectomie puis d'anastomose cholédoco-duodénale.

  - le 2e accuse des crampes post-prandiales, avec vertiges ballonnement, impuissance. A la radio, bon fonctionnement de l'anastomose, léger reflux, pas d'anomalie organique décelable.

  - le 3e se plaint d'un syndrome hyperalgique permanent polymorphe.

- 1 a présenté 3 occlusions itératives, sept ans après la gastrectomie, et a repris le travail 3 mois après une cure d'éventration.

- 9 ont des troubles fonctionnels plus discrets : brûlures, ballonnements fréquents, inappétence, amaigrissement, compatibles avec une activité professionnelle assez pénible, mais 4 d'entre eux n'ont pas été suivis plus de I8 mois.

- 1 seul a un résultat excellent maintenu après I9 ans.

Dans l'ensemble, G. Cl. SIMON évite de pratiquer une gastrectomie chez les malades nord-africains. En cas de résistance au traitement médical, il préfère actuellement la vagotomie avec antrectomie, redoutant la gastro-entérostomie chez les ulcéreux.

oOo

RESULTATS D'ENSEMBLE

Ils ont été établis suivant les critères que notre Maître le Professeur LAMBLING, a bien voulu nous conseiller. Ces appréciations ont été classées de la façon suivante :

Groupe I — Opérés ayant retrouvé une activité normale, inchangée par rapport à la période précédant l'apparition de l'ulcère, sans aucune précaution et sans régime.

Groupe II — Opérés ayant retrouvé cette activité normale, mais sous réserve de quelques précautions indispensables, entrainant une légère contrainte dans la vie sociale : repos, régime, petits repas.

Groupe III — Opérés ayant retrouvé une activité normale, mais souvent obligés de cesser leur travail en cours d'année.

Groupe IV — Opérés ayant conservé une possibilité d'activité assez régulière, mais accusant fatigue, altération de l'état général et contraints, au besoin, de changer de profession.

Groupe V — Opérés à l'invalidité, ou ayant présenté des complications graves.

Les pourcentages suivants ont été calculés d'après ces éléments.

Critères	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Groupes I+II+III	Groupe IV	Groupe V	Non classé
Résultats bruts							
	32,2 %	43 %	10,7 %	85,9 %	2,5 %	5,6 %	6 %
Résultats en fonction du sexe :							
Hommes	33,4 %	42,6 %	10,9 %	86,9 %	2,1 %	6,1 %	4,9 %
Femmes	24,9 %	41,3 %	9,1 %	75,3 %	3,3 %	11,2 %	10,2 %
Résultats en fonction de l'ancienneté de la gastrectomie :							
1 à 5 ans	32,4 %	41,4 %	10,6 %	84,4 %	1,4 %	4,2 %	9,9 %
6 à 10 ans	27,4 %	47,8 %	8,8 %	84 %	2,6 %	7,1 %	6,2 %
11 à 15 ans	35,7 %	42,9 %	6,1 %	84,7 %	5,1 %	5,1 %	5,1 %
16 à 20 ans et plus	37,2 %	44 %	9,3 %	90,9 %	1,2 %	7,1 %	1,2 %
Résultats en fonction du siège de l'ulcère :							
gastrique	31,1 %	45,1 %	7,7 %	83,9 %	3,2 %	6,4 %	6,4 %
duodénal	32,4 %	43,3 %	12 %	87,7 %	2,4 %	5,4 %	4,5 %
double localisation	31,1 %	40 %	11,1 %	82,2 %	2,2 %	2,2 %	13,3 %
Résultats en fonction des indications de la gastrectomie :							
Echec du traitement médical	30,6 %	44,6 %	12,6 %	87,8 %	1,9 %	5,5 %	4,7 %
Complications	33,7 %	38,3 %	9,7 %	81,7 %	3,4 %	6,8 %	8 %

De ce tableau, se dégagent les constatations suivantes :

- Les résultats sont bons et excellents dans 85, 9 % des cas (groupes I, II et III).
  Ils sont mauvais et médiocre dans 8, I % des cas.

- En fonction du sexe, les bons et excellents résultats sont un peu plus fréquents chez l'homme que chez la femme (86, 9 % contre 75, 3 %).

- Les résultats s'améliorent notablement avec le temps , puisque ce pourcentage atteint 90, 9 % parmi les 84 opérés suivis pendant plus de seize ans.

- Ils sont à peu près identiques , quel que soit le siège de l'ulcère, avec une légère supériorité pour la localisation duodénale.

- Enfin, ils sont légèrement supérieurs dans les gastrectomies pratiquées pour échec du traitement médical, comparativement avec celles effectuées pour une complication de l'ulcère : 87, 8 % contre 8I, 7 %.

oOo

De l'étude de cette statistique de 844 gastrectomies des deux tiers pour ulcère se dégagent les conclusions suivantes :

La gastrectomie pour ulcère, qui doit être une intervention bénigne dans ses suites immédiates, donne, à distance, des résultats satisfaisants, à condition que l'indication en soit correctement posée, que la technique en soit rigoureuse, et que les suites opératoires en soient régulièrement surveillées.

Ces résultats se sont révélés à peu près identiques dans les ulcères gastriques et les ulcères duodénaux. Ils ont été acquis au prix d'un risque vital inférieur à celui que comporte l'évolution spontanée de la maladie ulcéreuse, et avec une proportion de complications tardives, le plus souvent mineures, dont la fréquence diminuerait certainement de façon importante si les conseils de diététique étaient, surtout au début, régulièrement observés.

oOo

CONCLUSIONS

La gastrectomie des deux-tiers constitue, pour de nombreux auteurs, un traitement satisfaisant de l'ulcère gastro-duodénal. C'est ce que confirme l'étude de la statistique de notre Maitre, le docteur G. Cl. SIMON, qui groupe 844 gastrectomies pour ulcère, pratiquées, de 1941 à 1963, au Centre Hospitalier de Montfermeil.

I - La répartition de ces 844 gastrectomies est étudiée en fonction du sexe, de l'âge, du siège de l'ulcère et des indications.

Du point de vue technique, la gastrectomie a été suivie, dans 91 % des cas, d'une anastomose gastro-jéjunale, trans et sous-mésocolique, à la Polya. 64 % de ces gastrectomies type Polya ont été faites en deux plans de catgut ; elles n'ont donné lieu à aucun lâchage de suture.

II - L'étude des SUITES IMMEDIATES comprend le détail des décès (24, soit 2, 8 %), le pourcentage des différentes complications précoces, qu'elles soient générales, ou locales, très rares : hémorragies (4 cas), abcès sous-phréniques (3 cas), fistules duodénales (4 cas), lésions per-opératoires d'organes voisins (3 cas).

La durée de l'hospitalisation, après l'intervention, est inférieure ou égale à quinze jours pour 83, 3 % des opérés. La durée de l'incapacité temporaire totale n'excède pas 4 mois dans 61, 6% des cas.

III - L'étude des SUITES ELOIGNEES repose sur 448 dossiers retenus, soit 53 % des gastrectomies, suivis entre 1 et 22 ans.

Les complications fonctionnelles comprennent :

- dumping-syndrome ..... I5 cas, dont 2 sévères
- syndrome de petit estomac..... 105 cas
- syndrome de l'anse afférente ..... 9 cas
- syndrome tardif-hypoglycémique... I3 cas

Les troubles du transit soht rares ; l'intolérance au lait est extrêmement fréquente .

Les complications locales sont une éventualité extrêmement rare : ulcère peptique (1 cas), récidive d'ulcère (1 cas douteux). Dans 4 observations, une tumeur s'est développée sur le moignon gastrique.

Le chapitre des complications générales précise la fréquence de l'amaigrissement, les problèmes posés par la conjonction tuberculose-gastrectomie, et cite quelques cas d'anémie, de dénutrition.

Enfin sont exposés quelques problèmes particuliers : les décès tardifs, les réinterventions (les précoces sont exceptionnelles : 0,3 %) la gastrectomie chez les malades nord-africains.

IV - LES RESULTATS D'ENSEMBLE permettent les constatations suivantes :

- les résultats éloignés sont bons et excellents dans 85, 9 % des cas, ce pourcentage étant plus élevé chez l'homme que chez la femme.

- la qualité des résultats s'améliore avec le temps, puisque chez les opérés dont l'intervention remonte à plus de I6 ans, le pourcentage de bons résultats atteint 90, 9 % des cas.

- fait important, les résultats sont à peu près identiques, qu'il s'agisse d'ulcères gastriques, ou d'ulcères duodénaux, avec même une légère supériorité en faveur de ces derniers.

- enfin, les gastrectomies pratiquées après échec du traitement médical donnent de meilleurs résultats que celles qui sont effectuées pour une complication.

Au total, avec 85, 9 % de bons résultats éloignés, la gastrectomie des deux tiers, pour ulcère, exécutée sur des indications rigoureuses, et avec une technique soigneuse, s'avère une intervention très satisfaisante.

Vu, le Président de Thèse :

M. ROUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. CORDIER

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
– PARIS V^e –